



PROGRAMME NATIONAL DE DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER COLORECTAL

Passage au test immunologique















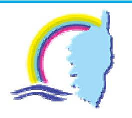






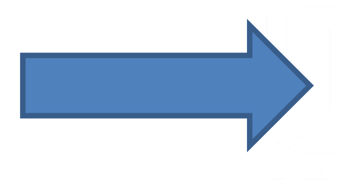






NOUVEAU LOGO !

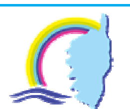














LES OBJECTIFS DE CE DIAPORAMA :

1- Rappeler les **principales données du cancer colorectal** et l'**enjeu de santé publique** associé à son dépistage

2- Présenter les **bénéfices et les limites** du dépistage organisé du cancer colorectal

3- Présenter les **principales évolutions du programme** de dépistage et notamment le **nouveau kit de dépistage**

4- Rappeler le **rôle essentiel du médecin généraliste** et aborder les leviers et outils à sa disposition







SOMMAIRE

1- Le cancer colorectal : un enjeu de santé publique

2- Le dépistage organisé du cancer colorectal chez les personnes à risque moyen

- Balance bénéfices/risques
- Du test au gaïac au test immunologique

3- Le médecin généraliste, acteur clé du dépistage organisé du cancer colorectal

- Orientation du patient en fonction du niveau de risque

4- Le kit de dépistage

5- Les cas particuliers ne relevant pas du dépistage par test immunologique

6- Les outils à disposition du médecin généraliste

Références







1- LE CANCER COLORECTAL :

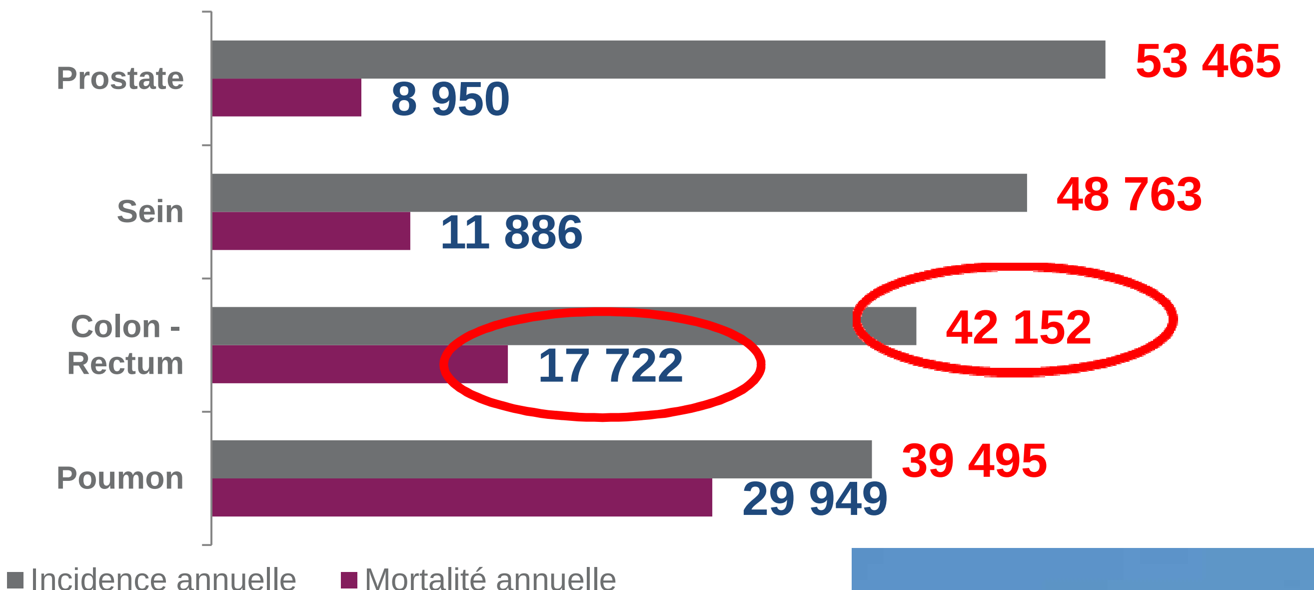
UN ENJEU DE SANTÉ PUBLIQUE





LE CANCER COLORECTAL (CCR) : UN ENJEU DE SANTÉ PUBLIQUE

- **3e cancer le plus fréquent :**



- **2e cancer le plus mortel :**

  = 1 AIRBUS de 350 places qui s'écrase chaque semaine !!!!



DÉPISTAGE
DES CANCERS
PARLONS-EN



LE CANCER COLORECTAL (CCR) :
un enjeu de santé publique

Hommes

0 500 1000 1500 2000

45% { Poumon 25.9% ; Prostate 9.5% ; Colon et rectum 9.5% }

Pancréas
Foie
Vessie
Leucémies
Estomac
Rein
Lèvre, cavité buccale et pharynx
Lymphome malin non Hodgkinien
Œsophage
Système nerveux central
Myélome multiple
Larynx
Mélanome de la peau
Mésothéliome de la plèvre
Vésicule biliaire
Maladie de Hodgkin
Sein
Thyroïde
Testicules

1 POUMON
2 PROSTATE
3 COLON RECTUM

Femmes

0 200 400 600 800 1000

42% { Sein 17.6% ; Colon et rectum 12.1% ; Poumon 11.9% }

Pancréas
Ovaires
Leucémies
Lymphome malin non Hodgkinien
Corps de l'utérus
Foie
Estomac
Système nerveux central
Myélome multiple
Vessie
Rein
Col de l'utérus
Lèvre, cavité buccale et pharynx
Mélanome de la peau
Vésicule biliaire
Œsophage
Thyroïde
Mésothéliome de la plèvre
Larynx
Maladie de Hodgkin

1 SEIN
2 COLON RECTUM
3 POUMON

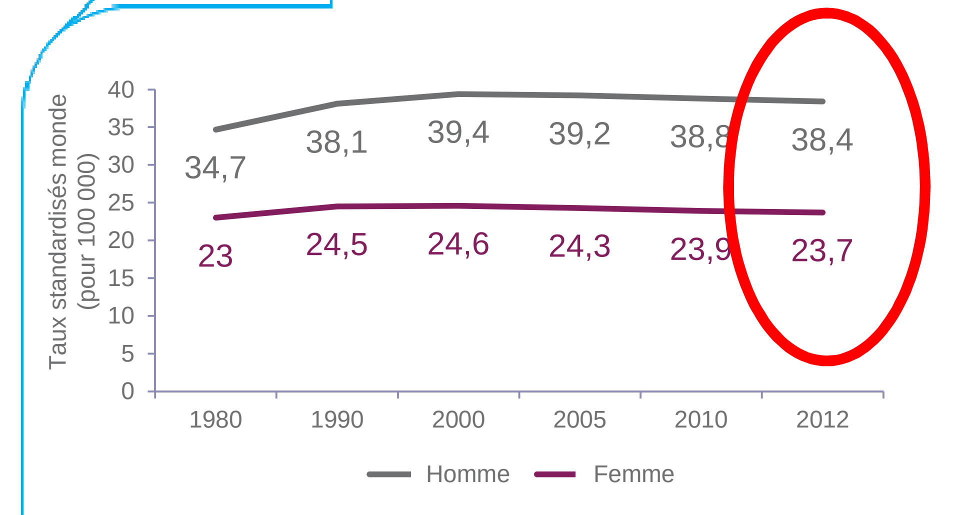








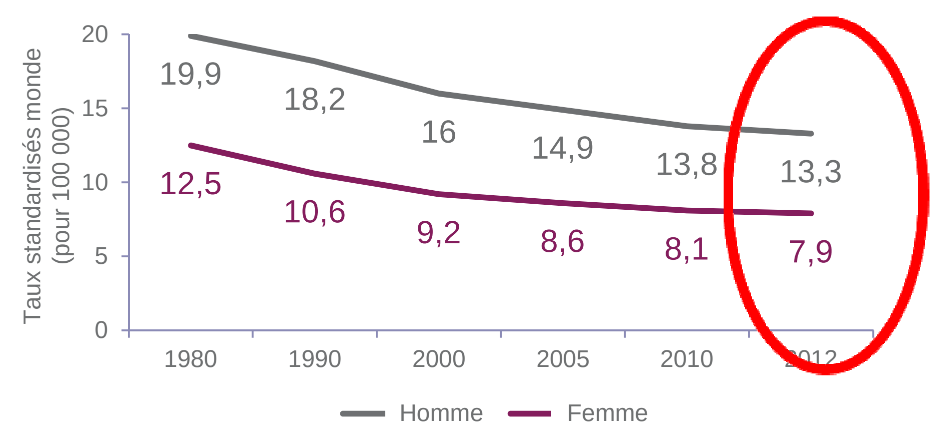
UN TAUX D'INCIDENCE RELATIVEMENT STABLE ET UN TAUX DE MORTALITÉ EN BAISSE



Évolution des taux d'incidence de 1980 à 2012 :

- **Baisse de ≈ 3 % depuis 2000**

→Grâce à l'exérèse de tous les polypes qui ne sont pas devenus des cancers



Évolution des taux de mortalité de 1980 à 2012 :

- **Baisse de ≈ 15 % depuis 2000**

→Grâce au diagnostic plus précoce

→Et la meilleure efficacité des traitements



DÉPISTAGE
DES CANCERS
PARLONS-EN

UN CANCER QUI SURVIENT MAJORITAIREMENT APRÈS 50 ANS

À 75 ans : 4 hommes et 3 femmes sur 100 auront développé un CCR

95 % DES CAS APRES 50 ANS

5 % DES CAS AVANT 50 ANS

Hommes Femmes

4 000
3 500
3 000
2 500
2 000
1 500
1 000
500
0

0-14 15-19 20-24 25-29 30-34 35-39 40-44 45-49 50-54 55-59 60-64 65-69 70-74 75-79 80-84 > 85

Incidence des cancers colorectaux en fonction de l'âge (2012)

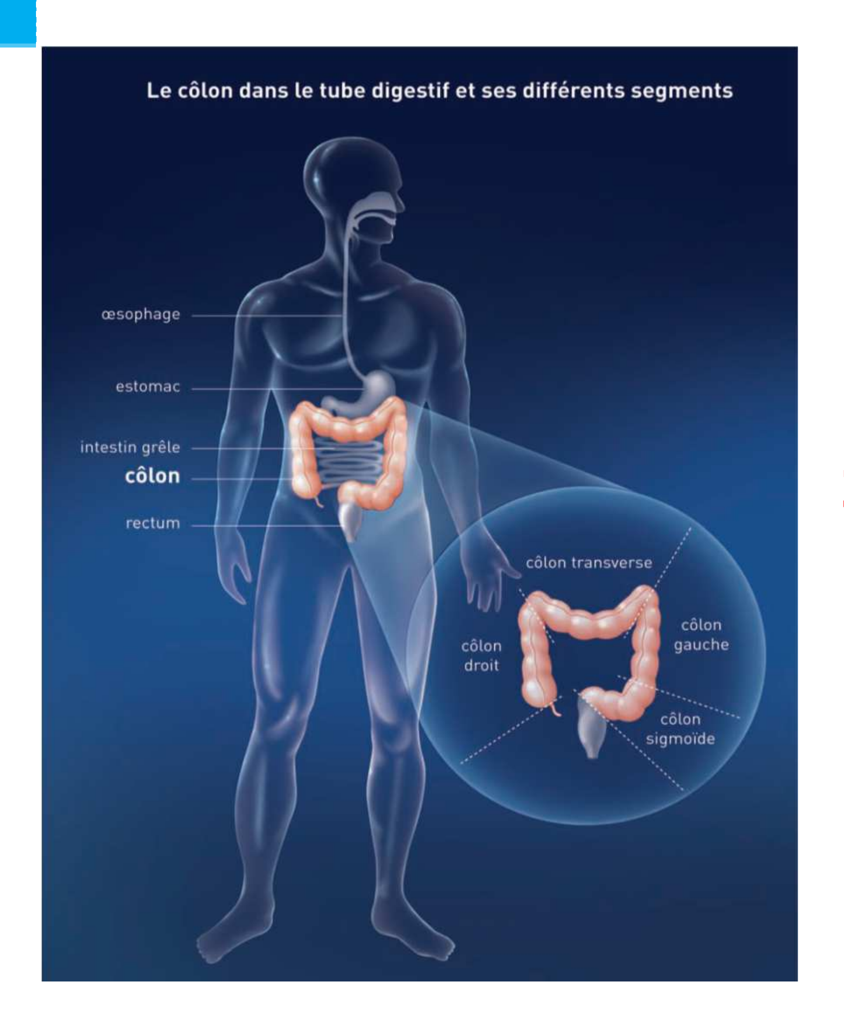








UN CANCER QUI ATTEINT LE COLON ...



COLON

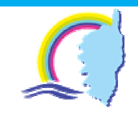
Entre le grêle et le rectum

100 à 150 cm de long

2/3 des CCR







… ET LE RECTUM

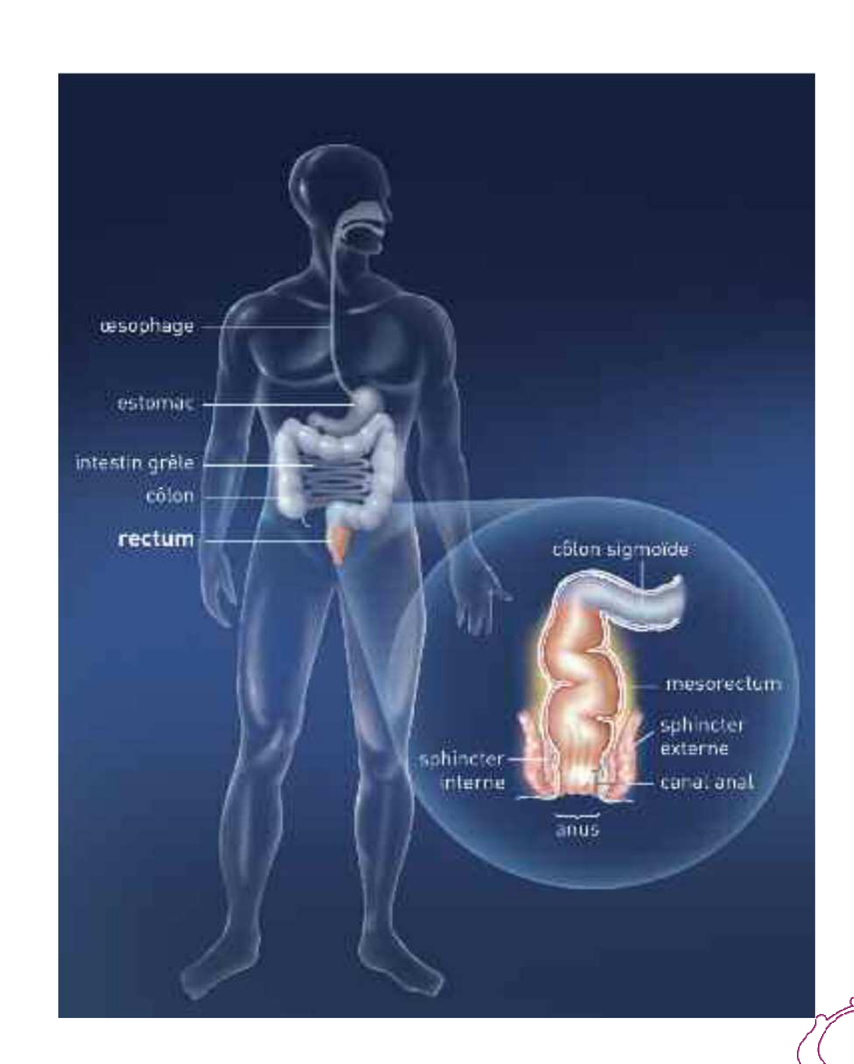
RECTUM

Entre le colon et l'anus

12 à 20 cm de long

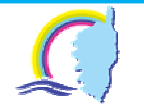
1/3 des CCR

Moins bon pronostic



INSTITUT NATIONAL DU CANCER





CLASSIFICATION TNM

pTNM 1997 Cancer Colorectal

MUQUEUSE
Muscularis Muscosae -->
SOUS MUQUEUSE
MUSCULEUSE
SOUS SÉREUSE-->
SÉREUSE -->

T T T T T

PAROI COLIQUE

T (tumeur) → pT : Tis, T1, T2, T3, T4

N (ganglions) → pN
N0 : pas de ganglion envahi
N1 : < 4 gg envahis régionaux
N2 : >= 4 gg envahis régionaux

M (métastases) → pM
M1 : Présence de métastase(s)
Mx : Statut métastatique inconnu

T4 : Envahissement d 'un organe de voisinage et / ou perforation du péritoine viscéral







UN CANCER QUI RESTE GRAVE

Stade	T.N.M.	Fréquence	Survie à 5 ans
I	Tis, T1 ou T2, N0, M0	15-20 %	> 90 %
II	T3 ou T4, N0, M0	30 %	70-80 %
III	Tous T, N+, M0	25-30 %	50 % 30 % sans chimio
IV	Tous T, Tous N, M+	25 %	< 15 %





CANCER COLORECTAL EN CORSE



Cas de cancer Corse 2013

CIMO 10	Codes Adicap Organes	Localisation Tumorale	Hommes N	Hommes FR	Hommes age	Femmes N	Femmes FR	Femmes age	TOTAL N	TOTAL age
C00-C14	BV,BL,BA,BP,BM,BS,BG,BD,AA,AO,AC, AH,AP,AZ,BX,BZ	Lèvre-Bouche-Pharynx	12	3,5	68	11	2,4	70	23	69
C15	DO	Œsophage	4	1,2	68	2	0,4	66	6	67
C16	DE	Estomac	9	2,6	72	2	0,4	65	11	71
C17	DD,DM,DG	Intestin grêle	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
C18	DA,DC,DV	Colon	18	5,2	72	33	7,3	63	51	66
C19-C20	DR	Rectum	4	1,2	57	4	0,9	69	8	63
C21	DQ	Anus	1	0,3	44	5	1,1	64	6	60
C22	FF,FI	Foie et voies biliaires intrahépatiques	2	0,6	65	4	0,9	70	6	68
C23-C24	FO,FV,FE	Vesicule Biliaire, voies biliaires extrahépatiques	1	0,3	71				1	71
C25	FP,EI	Pancréas	6	1,7	68	4	0,9	59	10	64
C30-C31	AF,AS	Fosses nasales, Sinus, Ouïe								
C32	AL	Larynx	2	0,6	78	1	0,2	63	3	73
C33-C34	RB,RP,RT	Trachée, Bronches, Poumon	50	14,5	69	21	4,6	63	71	68
C37-C38	ST,CE,CM,CN,CP,CX,XM,CZ,RS	Thymus,Coeur, Médiastin				1	0,2	56	1	56
C40-C41	LO,LA	Os et articulation	2	0,6	65	2	0,4	55	4	60
C42	SA,SM,SZ,SR	Système hématopoïetique	3	0,9	66	4	0,9	61	7	63
C44	OA,ON,OP,OT,OZ,OG	Peau (voir détail)	72	20,8	72	42	9,3	76	114	74
C45	RS	Plèvre								
C47-C49	CC,LB,LC,LG,LM,LS,LT,NA,NN,NP,TA, TC,VC, VP,TZ,VM,VV,VZ,NV,VA,VO,LV	Tissu conjonctif et tissus mous	4	1,2	69	2	0,4	52	6	63
C48	DP,XR	Rétropéritoine et Péritoine	2	0,6	76	11	2,4	71	13	72
C50	GS	Sein				206	45,6	61	206	61
C51	GV,GB	Vulve				2	0,4	74	2	74
C52	GG	Vagin								
C53	GE,GC,GX	Col de l'utérus				15	3,3	58	15	58
C54-C55	GM,GU	Corps de l'utérus				13	2,9	67	13	67
C56	GO	Ovaires				5	1,1	58	5	58
C57	GT,GL,GZ,	Autres organes génitaux féminins								
C60	HV	Pénis	3	0,9	73				3	73
C61	HP	Prostate	83	24,0	68				83	68
C62	HT	Testicule	2	0,6	71				2	71
C81	Hémopathies malignes à partir du code lésion (incluses dans tableau par organe)	Lymphome Hodgkin	2	9,1	59	2	6,7	30	4	44
C82		Lymphome non Hodgkin type B ou T	19	86,4	66	22	73,3	69	41	67
C90		Myélome	1	4,5	48	4	13,3	63	5	60
C93		Leucémie aigüe				2	6,7	54	2	54

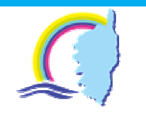
CRISAP(*) = 59 CAS DE CCR (51 Colon 8 Rectum) en 2013
Toutes tranches d'âge confondues
Mais uniquement Haute Corse
+ résidents Corses vus sur le continent

JT

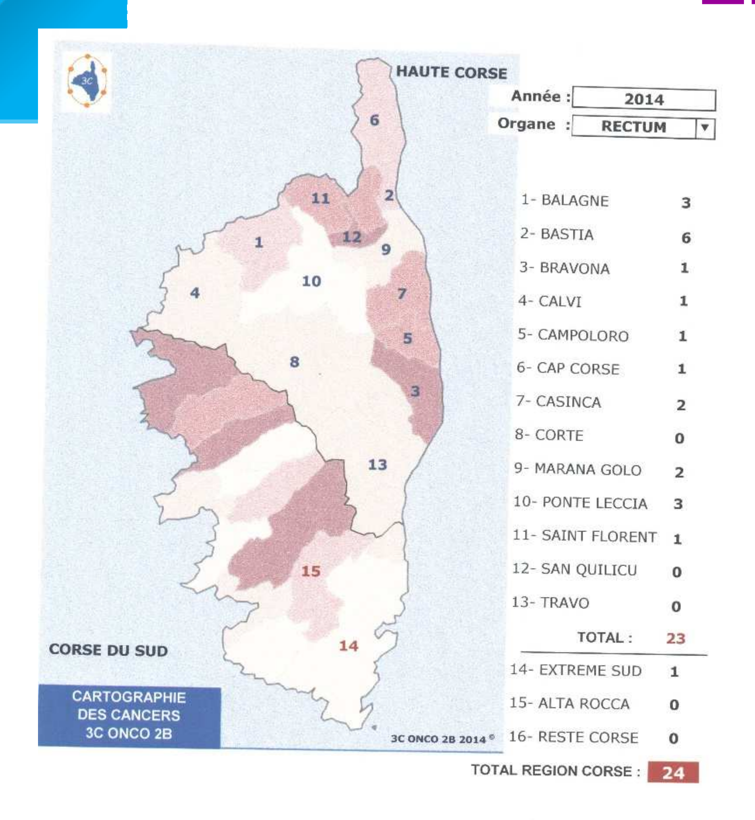
(*) : Centre de Regroupement Informatique et Statistique en Anatomopathologie PACA et Corse

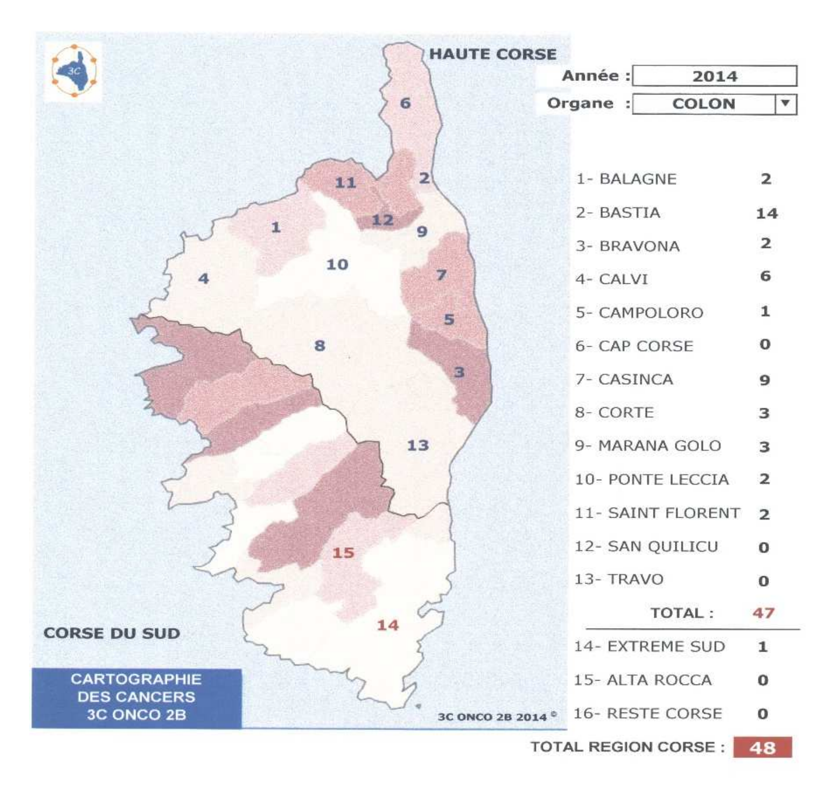






CANCER COLORECTAL EN CORSE





3C ONCO 2B = 72 CCR

(24 rectums et 48 colons vus en RCP en 2014)

Toutes tranches d'âge

Mais uniquement <u>Haute Corse +/- Extrême Sud</u>



FICHES DE RCP
(BASE ONCOPACA ET CORSE)



Toutes tranches d'âge – Tous stades confondus

196 en 2013 et 157 en 2014 Total = 353

253 colons (71 %) et 100 rectums (29 %)

165 femmes (42 %) et 188 hommes (57%)

Moyenne d'âge = 71 ans

(Sexe ratio et moyenne d'âge ≈ continent)

Tranche d'âge 50-74 ans (au moment de la RCP)

96 en 2013 et 74 en 2014 Total = 170

(Population Corse 50-74 ans = 52 754 femmes et 49 750 hommes = 102 504
Population Corse = 156 500 hommes et 158 000 femmes = 314 500)







INCIDENCES COMPAREES (TOUS ÂGES CONFONDUS)

	Corse 2013	Corse	France
Femme	96	32,7 / 100 000	23,7 / 100 000
Homme	100	31,8 / 100 000	38,4 / 100 000

	Corse 2013	Attendus	Ecart
Femme	96	74	+ 22
Homme	100	120	- 20
Total	196	194	+ 2

PEU OU PAS DE CANCERS « MANQUÉS »?







INCIDENCES COMPAREES
1ere REMARQUE

	Corse 2013	Corse	France
Femme	96	32,7 / 100 000	23,7 / 100 000
Homme	100	31,8 / 100 000	38,4 / 100 000

	Corse 2013	Attendus	Ecart
Femme	96	74	+ 22
Homme	100	120	- 20
Total	196	194	+ 2

Chiffres de déclaration fiables ?
Doublons ?







INCIDENCES COMPAREES
2ème REMARQUE

	Corse 2013	Corse	France
Femme	96	32,7 / 100 000	23,7 / 100 000
Homme	100	31,8 / 100 000	38,4 / 100 000

	Corse 2013	Attendus	Ecart
Femme	96	74	+ 22
Homme	100	120	- 20
Total	196	194	+ 2

Pourquoi cette différence Homme / Femme ?







TAUX DE MORTALITÉ (/100 000 PERSONNES)

Hommes

TSM pour 100 000 hommes

18,8 – 17,9 – 15,5 – 14,5 – 13,3 – 12,1 – 4,3

Informations non disponibles

France métropolitaine (TSM = 14,4 pour 100 000 hommes)

GUADELOUPE – GUYANE – MAYOTTE

13,3

10,0

Femmes

TSM pour 100 000 femmes

10,2 – 10,0 – 8,7 – 8,3 – 7,7 – 6,9 – 4,2

Informations non disponibles

France métropolitaine (TSM = 8,3 pour 100 000 femmes)

GUADELOUPE – GUYANE – MAYOTTE

7,9

5,9

Chez l'homme, les **taux régionaux de mortalité standardisés à la population mondiale**
varien […] .
Chez […] **ondiale**
varien […]

Basé sur les certificats de décès
Risque de sous estimation +++

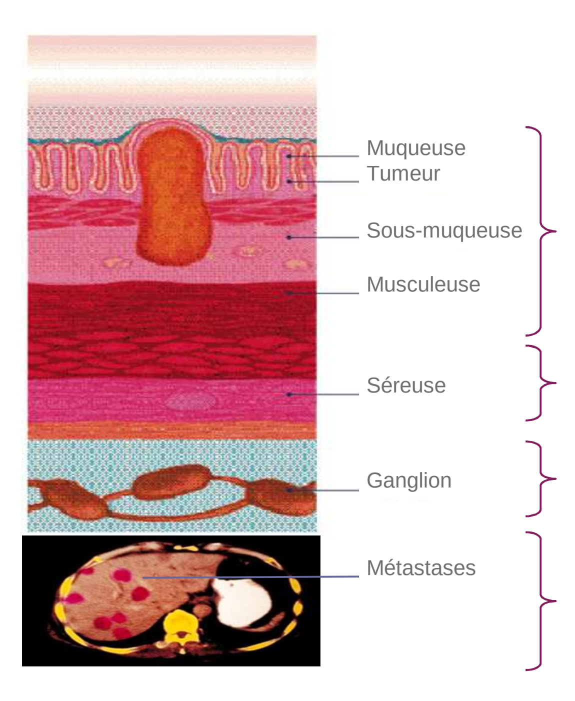




UNE CHOSE EST SURE :

UNE MEILLEURE SURVIE EN CAS DE DÉTECTION AUX STADES PRÉCOCES +++

Survie[1] globale (tous stades 1 à 4) à 5 ans : 56 %
et à 10 ans : 50 %



STADES DES LÉSIONS DÉTECTÉES		SURVIE[2] À 5 ANS
Précoces	0 – In situ	90 %
	1 – Superficielle	
	2 – Paroi du côlon	
Régional	3 – Ganglions	70 %
Métastatique	4 – Métastases	13 %

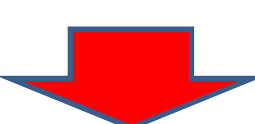
(SEER) 2014 États-Unis.

(1) *Survie nette.*
(2) *Survie relative.*





LE CANCER COLORECTAL (CCR) : 3 NIVEAUX DE RISQUE



NIVEAU DE RISQUE	MOYEN	ÉLEVÉ	TRÈS ÉLEVÉ
Personnes concernées	**Population générale :** ▪ **50 à 74 ans** ▪ **sans symptôme**	**Antécédent d'adénome « avancé » (AA) ou de CCR :** ▪ personnel ▪ un parent 1er degré < 65 ans ou deux parents 1er degré (quel que soit l'âge) **Antécédent personnel de MICI** (maladie inflammatoire chronique intestinale) : ▪ maladie de CROHN ▪ rectocolite hémorragique (RCH)	**Prédisposition héréditaire :** ▪ polypose adénomateuse familiale ▪ cancer colorectal héréditaire non polyposique (HNPCC ou syndrome de LYNCH)
Risque de cancer colorectal vie entière	**3 à 4 %**	**4 à 10 %**	**40 à 100 %**
% des cancers colorectaux diagnostiqués	**≈ 80 %**	**15 à 20 %**	**1 à 3 %**



UNE PRISE EN CHARGE SPÉCIFIQUE SELON LE NIVEAU DE RISQUE

Les personnes à risque élevé ou très élevé de développer un cancer colorectal doivent se voir proposer une **autre modalité de dépistage ou de suivi**.



SCHÉMA SIMPLIFIÉ DES CONDUITES À TENIR EN FONCTION DU NIVEAU DE RISQUE

PATIENT À RISQUE MOYEN	PATIENT À RISQUE ÉLEVÉ	PATIENT À RISQUE TRÈS ÉLEVÉ
↓	↓	↓
DÉPISTAGE ORGANISÉ Test immunologique de recherche de sang occulte dans les selles	Consultation chez un gastroentérologue	Consultation chez un gastro-entérologue
	↓	↓
	Coloscopie	**Consultation d'oncogénétique** : recherche de mutation si le risque très élevé est confirmé (mutation avérée)
		↓
		Surveillance particulière Chromocoloscopie













2/ LE DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL CHEZ LES PERSONNES À RISQUE MOYEN





CONDITIONS NÉCESSAIRES À L'ORGANISATION D'UN PROGRAMME DE DÉPISTAGE[1]



1- Problème de santé publique compte tenu par exemple de la fréquence et de la gravité de la maladie

2- Histoire naturelle connue et existence d'une phase de latence ou préclinique ce qui permet un positionnement du dépistage

3- Test de dépistage adapté (simple à mettre en œuvre, fiable, reproductible et valide) et **acceptable par la population** (test non invasif, sans effet indésirable, pris en charge à 100 %...)

4- Puis des moyens de diagnostic et des traitements disponibles ➔ une réduction de la mortalité ou la morbidité évaluée et établie

5- Balance bénéfices/risques favorable et programme efficient

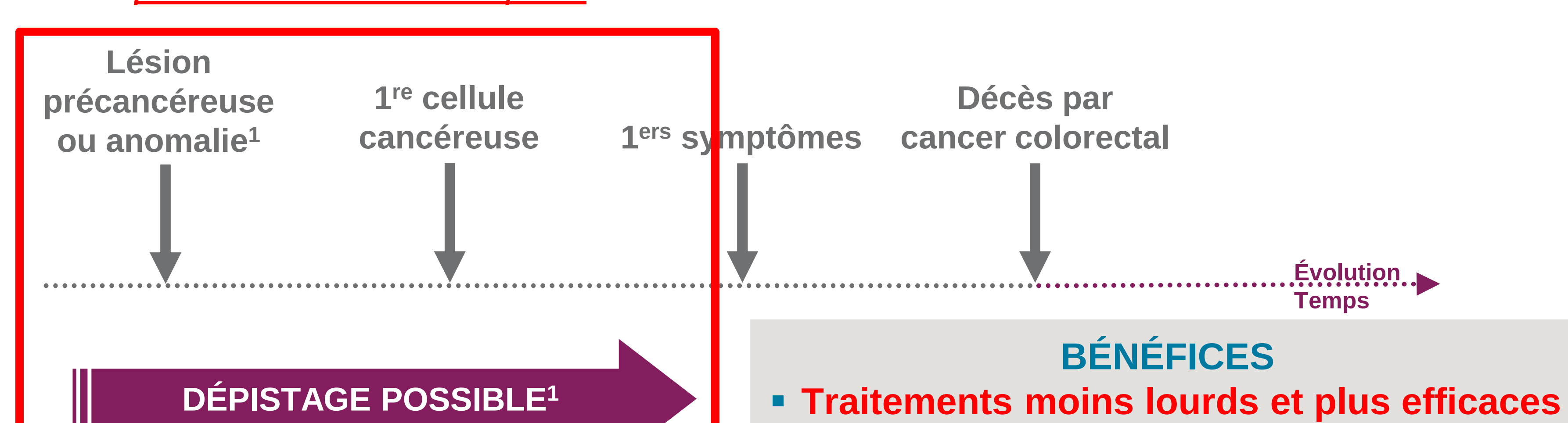
[1] *D'après l'OMS et Anaes.*





LE DÉPISTAGE : AGIR PRÉCOCEMENT POUR OPTIMISER LES CHANCES DU PATIENT

Le dépistage (OMS) : « *Effectuer un tri entre les personnes apparemment en bonne santé mais probablement atteintes d'une maladie donnée et celles qui en sont probablement exemptes.* »



BÉNÉFICES

- **Traitements moins lourds et plus efficaces**
  - Décès évités
  - Années de vie gagnées
  - Séquelles moindres
- **Cancers évités**

(1) *Selon le type de test.*





BALANCE BÉNÉFICES/RISQUES DU DÉPISTAGE ORGANISÉ : LES BÉNÉFICES

1- Détection des cancers à un stade plus précoce :

- **Traitements plus efficaces** apportant de **meilleures chances de guérison** (réduction de la mortalité)
- **Traitements moins lourds** et réduisant les séquelles (impact sur la morbidité) (2/3 des cancers détectés traités par chirurgie seule sans chimio)

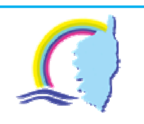
2- Détection des lésions précancéreuses avant qu'elles ne se transforment en cancer

3- Autres avantages :

- **Amélioration de la qualité des pratiques de dépistage**
- **Lutte contre les inégalités**









IMPACT SUR LA MORTALITÉ ET L'INCIDENCE



Du fait de l'histoire naturelle du cancer colorectal, le programme de dépistage permet d'avoir un **impact sur la mortalité ET sur l'incidence des cancers colorectaux**

- **impact sur la mortalité** démontré (avec test au gaïac) : ➘ 15 à 18 % de la mortalité par cancer colorectal
- impact sur l'**incidence** (avec test immunologique) : ➘ ≈ 20 % chez les participants





DONNÉES D'ÉVALUATION DU D.O. AVEC LE TEST AU GAÏAC (HEMOCCULT©)

1- Un taux de participation insuffisant:

- taux de participation national : **30 % (2013-2014)**
- hommes : 28 % / femmes: 31,5 %

(Recommandation européenne de 45 % de participation minimum)



2- Taux de positifs en baisse depuis 2009 : 2,2 % en 2013-2014

Soit estimation sur 2009-2014 : → **environ 450 000 tests positifs**

3- Taux de réalisation de la coloscopie après test positif : 87 %

- ≈ 6,9 % de cancers détectés après coloscopie (2010-2011)

Soit estimation sur 2009-2014 : → **environ 27 500 cancers détectés**

- ≈ 18 % d'adénomes avancés détectés après coloscopie (2010-2011)

Soit estimation sur 2009-2014 : → **environ 72 500 porteurs d'au moins un AA détectés**







LA PARTICIPATION

La réussite du dépistage organisé dépend avant tout de la **participation de la population cible** tous les deux ans

SI PARTICIPATION DE LA POPULATION CIBLE =	DIMINUTION DE LA MORTALITE PAR CCR =
100 %	**40 %**
50 %	**20 %**
10 %	**4 %**
4 % (Corse 2013/2014)	**≈ 0 % ?**

(Recommandation européenne de 45 % de participation minimum)

INSTITUT NATIONAL DU CANCER





DÉPISTAGE ORGANISÉ : DU TEST AU GAÏAC (HEMOCCULT©) AU TEST IMMUNOLOGIQUE (OC-Sensor©)

TEST AU GAÏAC (HEMOCCULT©)	TEST IMMUNOLOGIQUE (OC Sensor©)
Non spécifique de l'Hb humaine Basé sur l'activité peroxydasique de l'hème	Spécifique de la globine de l'Hb humaine
Lecture visuelle	Lecture automatisée, Résultats quantitatifs avec un seuil de positivité réglable
Sensibilité cancer : ≈ 35 à 40 % Sensibilité AA: ≈ 10 %	Sensibilité cancer : ≈ 65 à 75 % Sensibilité AA: ≈ 25 %
Spécificité : ≈ 98 %	Spécificité : ≈ 96 à 98 %
Taux de positifs : 2,2 % (InVS 2013-2014)	**Taux de positivité cible: 4 % (⇨ plus de coloscopies)**
VPP Cancer : ≈ 7 % (InVS) VPP AA+Cancer : ≈ 25 à 45 % (selon études) Faux négatifs : ≈ 3 ‰	**VPP Cancer : ≈ 7 à 8 % VPP AA+Cancer : ≈ 33 à 48 % (selon études) Faux négatifs : ≈ 1 à 1,5 ‰**

INSTITUT NATIONAL DU CANCER





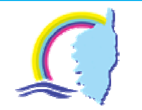
DÉPISTAGE ORGANISÉ : DU TEST AU GAÏAC AU TEST IMMUNOLOGIQUE (vidéo)







LES « PLUS » DU TEST IMMUNOLOGIQUE OC-Sensor©



PLUS PERFORMANT

- Au seuil de **150 ng Hb/ml**
  - **≈ 2 fois plus de cancers détectés**
  - **≈ 2,5 fois plus d'adénomes avancés détectés**

PLUS SIMPLE

- **1 seul prélèvement** de selles
- 1 test plus **ergonomique,** plus simple et **rapide** d'utilisation

PLUS FIABLE

- **Lecture automatisée**
- **Ajustement possible du seuil de positivité**

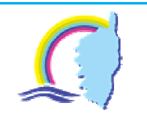
Le test de dépistage retenu a fait l'objet d'études en population dans la situation du programme de dépistage pour la démonstration de son efficacité (≠ des tests immunologiques utilisés en laboratoire de ville pour le diagnostic)

MEILLEURE PARTICIPATION ATTENDUE DE LA POPULATION CIBLE : + 10 à 15 points

COMME ON PART DE TRÈS BAS, IL NOUS FAUDRAIT ATTEINDRE 20 à 25 pts de plus







LES RISQUES LIÉS À LA COLOSCOPIE SUITE À UN TEST POSITIF

1- Tests positifs → **7 à 8 % = Cancers détectés**
26 à 40 % = Néoplasies avancées

2- Augmentation du nombre de coloscopies en France : x 2

80 000 à 160 000 coloscopies / an

3- Estimation des risques liés à la coloscopie :

*Combinaison des données nationales de l'assurance maladie (**toutes coloscopies y compris diagnostiques**) et des données d'une étude de suivi spécifique **dans le cadre du dépistage** en Alsace*

- **Complications modérées à sévères : 1 à 4,5 ‰ coloscopies**

(surtout après procédure thérapeutique d'exérèse de polypes)

  - **Perforations intestinales : 0,5 à 1 ‰ actes**
  - **Hémorragies : 1 à 3 ‰ actes**

- **Décès consécutifs aux complications : 1/10 000 à 20 000 colos**

RISQUE ACCEPTABLE < 10 décès / an









3/ LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE,

ACTEUR CLÉ DU DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER COLORECTAL







LA LETTRE D'INVITATION = INVITATION A CONSULTER SON MEDECIN TRAITANT







Mad
ANC
202

Bastia le : 17/04/2015











VOUS AVEZ PLUS DE 50 ANS, le dépistage du cancer colorectal vous concerne
PARLEZ-EN avec votre médecin traitant.

Madame, Monsieur,

À partir de 50 ans le risque de développer un cancer colorectal est plus fréquent.

Le dépistage, tous les 2 ans est un moyen efficace de lutter contre ce cancer et de le détecter tôt, permettant ainsi de meilleures chances de guérison. Il est même possible de repérer dans certains cas une lésion précancéreuse et de la soigner avant qu'elle n'évolue en cancer.

Nous vous proposons de bénéficier du programme national de dépistage, que nous organisons en lien avec votre médecin traitant.

Dès votre prochaine consultation, pensez à lui présenter cette lettre. Il vérifiera que vous êtes bien concerné et vous remettra le nouveau test de dépistage.

Pris en charge à 100 % sans avance de frais, ce test simple, rapide et indolore est à réaliser chez vous. Et il peut vous sauver la vie.

Pour plus d'informations, nous vous invitons à lire le dépliant joint.

Dr Dominique MEZZADRI, médecin coordonnateur de la structure de gestion ARCODECA.

En savoir plus : 04 95 34 56 78, ou arcodeca.fr ou 0810 810 821 (prix d'un appel local).
N.B. : Pour vérifier que vous êtes bien concerné, voir au dos.

Présentez cette lettre et vos étiquettes au médecin lors de la consultation. Elles seront à utiliser lorsque vous ferez le test.

ÉTIQUETTE À DATER ET À COLLER SUR LE TUBE

POI
FRA
N°
Dat

ÉTIQUETTE À COLLER SUR LA FICHE D'IDENTIFICATION

NUMÉRO D'INVITATION 02000000749646

Madame
P
P
F
N
N
A
2
Organisme de rattachement : 030571100
N° invitation : 02000000749646

La structure de Gestion ARCODECA est le responsable du traitement des données ayant pour finalité la mise en œuvre et l'évaluation du programme de dépistage organisé du cancer colorectal. Le médecin coordonnateur de la structure de gestion est chargé de la mise en œuvre de ce traitement. Il est également destinataire de données transmises par les médecins participant à votre prise en charge et leur transmet les données relatives à votre dépistage. Vos données anonymisées à des fins d'évaluation sont transmises ... sanitaire et l'Institut national du cancer. Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'opposition, d'accès et de rectification que vous pouvez exercer en écrivant ... de gestion.

1

RECTO

Vous n'êtes pas concerné par ce dépistage dans les cas indiqués ci-dessous. Merci de remplir et de renvoyer ce questionnaire.

☐ **Je ne participe pas au dépistage pour l'une des raisons suivantes :**

- ☐ j'ai fait un test de dépistage pour ce cancer il y a moins de 2 ans ;
  date : JJ___/ MM___/ AA___
- ☐ j'ai une maladie inflammatoire intestinale chronique (rectocolite hémorragique, maladie de Crohn)* ;
- ☐ je suis suivi par coloscopie, car il y a dans ma famille des cas de maladies prédisposant au cancer colorectal (polypose adénomateuse familiale, syndrome de Lynch, etc.) ;
- ☐ je suis suivi par coloscopie, car dans ma famille, l'un de mes proches (parent, enfant, frère, sœur) a eu un cancer colorectal ou un adénome avancé avant 65 ans ;
- ☐ je suis suivi par coloscopie car on m'a diagnostiqué par le passé un cancer du côlon ou du rectum ;
- ☐ je suis suivi par coloscopie car on m'a diagnostiqué par le passé un ou des polypes ou adénomes dans le côlon ou le rectum ;
- ☐ j'ai eu une coloscopie il y a moins de 5 ans pour un autre motif que ceux qui sont cités ci-dessus :
  date : JJ___/ MM___/ AA___
  motif : ____________
- ☐ je dois prochainement réaliser une coloscopie pour un autre motif que ceux qui sont cités ci-dessus :
  date : JJ___/ MM___/ AA___
  motif : ____________
- ☐ j'ai eu un « coloscanner » il y a moins de 2 ans (quel que soit le motif) :
  date : JJ___/ MM___/ AA___

☐ **Je ne souhaite pas participer au dépistage de manière définitive pour une autre raison**.**

Merci de préciser : ____________

____

date : JJ___/ MM___/ AA___

Signature :

Nous vous remercions de retourner ce document complété au Dr Dominique MEZZADRI, médecin coordonnateur de l'ARCODECA - le Miramar - 25 Ter rue Luce de Casablanca Géry - 20200 Bastia
Tél 04 95 34 56 78
N'hésitez pas à nous contacter si vous avez des questions sur la façon de répondre à ce questionnaire.

* Un suivi régulier par coloscopie est en général recommandé dans ce cas. Parlez-en avec votre médecin.
** Il vous est possible de revenir à tout moment sur votre choix.

VERSO

Conformément à la loi n° 78-17 du 6.01.78 CNIL ... et de rectification des informations personnelles vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit en nous contactant par courrier.







LETTRE D’INVITATION / FICHE D’IDENTIFICATION



PROGRAMME NATIONAL DE DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

Bastia le : 17/04/2015

VOUS AVEZ PLUS DE 50 ANS, le dépistage du cancer colorectal vous concerne PARLEZ-EN avec votre médecin traitant.

Madame, Monsieur,

À partir de 50 ans le risque de développer un cancer colorectal est plus fréquent.

Le dépistage, tous les 2 ans est un moyen efficace de lutter contre ce cancer et de le détecter tôt, permettant ainsi de meilleures chances de guérison. Il est même possible de repérer dans certains cas une lésion précancéreuse et de la soigner avant qu’elle n’évolue en cancer.

Nous vous proposons de bénéficier du programme national de dépistage, que nous organisons en lien avec votre médecin traitant.

Dès votre prochaine consultation, pensez à lui présenter cette lettre. Il vérifiera que vous êtes bien concerné et vous remettra le nouveau test de dépistage.

Pris en charge à 100% sans avance de frais, ce test simple, rapide et indolore est à réaliser chez vous. Et il peut vous sauver la vie.

Pour plus d’informations, nous vous invitons à lire le dépliant joint.

Dr Dominique MEZZADRI, médecin coordonnateur de la structure de gestion ARCODECA.

En savoir plus : 04 95 34 56 78, ou arcodeca.fr ou 0810 810 821 (prix d’un appel local).
N.B. : Pour vérifier que vous êtes bien concerné, voir au dos.

Présentez cette lettre et vos étiquettes au médecin lors de la consultation. Elles seront à utiliser lorsque vous ferez le test.

ÉTIQUETTE À DATER ET À COLLER SUR LE TUBE

ÉTIQUETTE À COLLER SUR LA FICHE D’IDENTIFICATION

PROGRAMME NATIONAL DE DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

FICHE D’IDENTIFICATION

Réservé

MERCI DE COMPLÉTER LES INFORMATIONS EN LETTRES MAJUSCULES

Date de réalisation du test :
(Cette date doit aussi être reportée sur l’étiquette à coller sur le tube)

N° de téléphone :
(Auquel le laboratoire de biologie médicale pourra vous joindre en cas de besoin)

Collez ici
la grande étiquette figurant sur votre lettre d’invitation.

Si vous n’avez pas cette étiquette, remplissez aussi la partie ci-dessous.

Adresse à remplir :
– si les coordonnées sur l’étiquette ne sont pas correctes,
ou
– si vous n’avez pas la lettre avec les étiquettes.

Adresse :
Code postal :
Ville :

À remplir **uniquement** si vous n’avez pas la lettre avec les 2 étiquettes

Nom de naissance :
Prénom :
Date de naissance : **Sexe :** ☐ Femme ☐ Homme
N° de Sécurité sociale de l’assuré :
(Numéro de votre carte Vitale également indiqué sur votre attestation papier carte Vitale)
N° de l’organisme de rattachement de la Sécurité sociale :
(Voir votre attestation papier carte Vitale. Vous pouvez également demander ce numéro à votre caisse d’assurance maladie)

Remplissez ensuite cette étiquette puis collez-la sur le côté plat du tube sur les mentions «Nom», «Date» déjà en place.

Partie réservée à l’identification de votre médecin pour l’envoi des résultats

Merci de remplir les informations en cas d’absence d’étiquette ci-dessous.

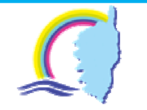
Étiquette à coller par le médecin.

Nom :
Prénom :
ou Raison sociale :
Adresse :
Code postal : **Ville :**
N° de téléphone :
N° d’assurance maladie ou d’établissement :
(Pour un médecin exerçant en centre de santé ou en établissement de santé, indiquer le n° FINESS)

Conformément à la loi n° 78-17 du 6.01.78 CNIL, vous disposez d’un droit d’accès et de rectification des informations personnelles vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit en nous contactant par courrier. Le médecin coordonnateur de la structure en charge du dépistage assurera le suivi de votre dossier et des examens réalisés.







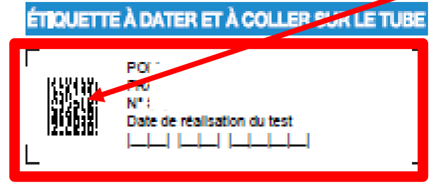
LA LETTRE D'INVITATION (DÉTAIL)

LOGO QR

En savoir plus : 04 95 34 56 78, ou arcodeca.fr ou 0810 810 821 (prix d'un appel local).
N.B. : Pour vérifier que vous êtes bien concerné, voir au dos.

Présentez cette lettre et vos étiquettes au médecin lors de la consultation. Elles seront à utiliser lorsque vous ferez le test.

ÉTIQUETTE À DATER ET À COLLER SUR LE TUBE



ÉTIQUETTE À COLLER SUR LA FICHE D'IDENTIFICATION



Madame
Organisme de rattachement : 030571100
N° invitation : 0200000749646

NUMÉRO D'INVITATION 0200000749646

PETITE ETIQUETTE
→ Tube prélèvement

La structure de Gestion ARC... en œuvre et l'évaluation du p... de la structure de gestion est... données transmises par les ... à votre dépistage. Vos données anonymisées à des fins d'évaluation sont transmises à l'institut de veille sanitaire et l'Institut national du cancer. Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, vous disposez d'un ...

1

102 504 personnes en Corse
50 000 invitations/an
+ 1 lettre de rappel à 3 mois
+ 1 lettre de rappel à 6 mois

GRANDE ETIQUETTE
→ Fiche d'identification








LA LETTRE D'INVITATION (VERSO)

Vous n'êtes pas concerné par ce dépistage dans les cas indiqués ci-dessous. Merci de remplir et de renvoyer ce questionnaire.

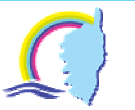
☐ **Je ne participe pas au dépistage pour l'une des raisons suivantes :**

- ☐ j'ai fait un test de dépistage pour ce cancer il y a moins de 2 ans ;
  date : __JJ__/__MM__/__AA__
- ☐ j'ai une maladie inflammatoire intestinale chronique (rectocolite hémorragique, maladie de Crohn)* ;
- ☐ je suis suivi par coloscopie, car il y a dans ma famille des cas de maladies prédisposant au cancer colorectal (polypose adénomateuse familiale, syndrome de Lynch, etc.) ;
- ☐ je suis suivi par coloscopie, car dans ma famille, l'un de mes proches (parent, enfant, frère, sœur) a eu un cancer colorectal ou un adénome avancé avant 65 ans ;
- ☐ je suis suivi par coloscopie car on m'a diagnostiqué par le passé un cancer du côlon ou du rectum ;

......









LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE : UN RÔLE ESSENTIEL

INVITATION PAR STRUCTURE DE GESTION

Population cible de 50 à 74 ans

CONSULTATION CHEZ LE MÉDECIN TRAITANT

Évaluation du niveau de risque +++

Risques élevé et très élevé :
autres modalités de suivi

RISQUE MOYEN :
remise du test immunologique



SI RÉALISATION DU TEST

TEST POSITIF 4 à 5 %

Orientation vers un gastroentérologue (coloscopie)

Coloscopie anormale

Prise en charge et suivi du patient

Coloscopie normale

Invitation à renouveler le test de dépistage **5 ans plus tard**

TEST NÉGATIF

- Invitation à refaire le test de dépistage **2 ans après**
- Incitation à consulter en cas de symptômes évocateurs dans **l'intervalle**

Pas de visite chez le médecin traitant

Relance postale à **3 mois si test non effectué**

Si refus, Information SG et exclusion



Relance postale à **6 mois si test non effectué**

N









LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE : UN RÔLE ESSENTIEL

1- C'est lui qui propose la modalité de dépistage : suivi adapté au niveau de risque de la personne (en fonction des antécédents personnels et familiaux, de l'existence de symptômes)

2- Si la personne est éligible *(avec ou sans lettre d'invitation)*

- **Il explique** le principe du dépistage et la stratégie en deux temps
- **Il informe** la personne sur les avantages et limites du dépistage
- **Il discute** de ses éventuelles réticences
- **Il remet le kit** de dépistage si assentiment (si refus, prévient l'ARCODECA)
- **Il explique** les étapes du mode d'emploi et s'assure de leur bonne compréhension

TEST NÉGATIF :

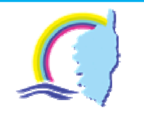
- Informe qu'il faut **consulter en cas de symptômes** évocateurs et propose le test **2 ans plus tard**

TEST POSITIF :

- Oriente vers un gastro-entérologue
- Convainc le cas échéant son patient de réaliser la coloscopie
- Il s'assure du suivi







LES FREINS AU DÉPISTAGE

1- Les freins potentiels de la population cible

- **Ne se sent pas concerné** (âge, symptômes…)
- **Méconnaissance** des procédures de dépistage
- **Gêne à l'égard** de la localisation **au côlon et au rectum** (sujet tabou, partie intime du corps)
- **Représentation des selles**
- **Peur du résultat** (alors que le résultat est positif dans **4 % des cas** !)
- **Peur de la coloscopie**
- **Précédent(s) test(s) négatif(s)** (surtout de façon répétée → « **extinction du signal** »)
- **Facteurs d'inégalité** (niveau d'éducation et CSP…)

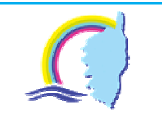
2- Autres situations pouvant gêner le dépistage

- **Kit remis à tort** à une personne qui aurait dû être orientée vers une autre stratégie de dépistage (SG en informera le médecin) : **par exemple, remise du test à une personne qui présente des rectorragies !!!**

INSTITUT NATIONAL DU CANCER







LES LEVIERS
À LA PARTICIPATION


1- Qualité de la relation médecin-patient :

- un des éléments clés du dispositif de dépistage


2- Relation de confiance et légitimité du médecin :

- force de conviction importante dans l'adhésion et fidélité au programme de dépistage (tous les 2 ans)


3- En cas de personne non compliante : aborder les réticences et obstacles éventuels au dépistage puis :

- identifier ses connaissances dans le domaine,
- utiliser ses désirs et le niveau d'information pour adapter son discours,
- aider la personne à faire une balance décisionnelle et délivrer l'information,
- attendre son approbation pour délivrer les informations techniques,
- prendre en compte la réalité, les valeurs et les priorités de la personne si reste réticente (temporiser sans pour autant renoncer).

4- Aborder les apports du test immunologique :

- prélèvement de selles unique, simplicité d'utilisation et ses meilleures performances.

5-S'assurer de la compréhension des informations délivrées.

9 personnes sur 10 réalisent le test
quand il est remis par son Médecin Généraliste habituel +++





DÉPISTAGE ORGANISÉ : LES MESSAGES À TRANSMETTRE AUX PATIENTS À RISQUE MOYEN

RÉGULARITÉ ET SIMPLICITÉ

Tous les 2 ans : importance du dépistage **dès 50 ans**

1 seul prélèvement

Pris en charge à 100 %, sans avance de frais (« gratuit »)

BÉNÉFICES ET LIMITES

Fréquence et gravité du cancer colorectal

Détection de cancers à un stade débutant et de lésions avant transformation en cancer

Meilleures chances de guérison du cancer et contribue à l'éviter

Risques et limites : faux positifs et complications (coloscopie), mais minimes par rapport aux bénéfices attendus

BIEN RESPECTER LES CONSIGNES DE RÉALISATION DU TEST

Renseigner correctement **la fiche d'identification**

Compléter et placer correctement **l'étiquette autocollante** sur le tube de prélèvement

Respecter les modalités de prélèvement

- S'assurer de la bonne compréhension de la personne des consignes d'utilisation du kit de dépistage et de l'envoi du test au centre de lecture







4/ LE KIT DE DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

LE NOUVEAU TEST IMMUNOLOGIQUE







DEUX POSSIBILITÉS DE COMMANDE DU KIT DE DÉPISTAGE

1. Sur votre espace pro Ameli

https://espacepro.ameli.fr



Kits de dépistage personnalisés
20 à 40 Kits en 4 clics

- **NB. : Les anciens kits au gaïac peuvent être jetés sans précaution particulière.**

2. Auprès de l'ARCODECA

par mail : depistages@arcodeca.fr

Programme national de dépistage du cancer colorectal

Commande de kits de dépistage

l'Assurance Maladie

Date de la commande :	JJ/MM/AAAA	18/01/2015
Nom de la structure :		SG_Cnamts
Région :		Ile-de-France
Département :		75
Contact pour le prestataire :	Nom :	Fontanille
	Prénom :	Cécile
	Téléphone :	06.18.25.49.75
	Mail :	cecile.fontanille@cnamts.fr
Coordonnées de livraison :	Destinataire :	CNAMTS
	Rue (n° et voie) :	26-50 avenue du Pr. André Lemierre
	Complément :	
	Code Postal :	75020
Horaires d'ouverture :	Lundi :	9h-17h
	Mardi :	9h-17h
Merci de confirmer ces plages de livraison indiquées par défaut au fournisseur	Mercredi :	9h-17h
	Jeudi :	9h-17h
	Vendredi :	9h-17h
	Samedi :	9h-12h
Nombre de coffrets de 20 kits commandés :		44
Nombre de coffrets de 50 kits commandés :		0
Commentaire :		*Test 4*

Page 1

Kits de dépistage non personnalisés
et/ou des étiquettes
10 kits par enveloppe







LE KIT DE DÉPISTAGE

VOLET 1

Le mode d’emploi disponible également en vidéo sur e-cancer.fr



VOLET 2

La **fiche d’identification à compléter**

Le dispositif de recueil des selles



VOLET 3

Le **tube de prélèvement**

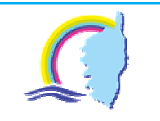
Le sachet de protection du test

L’enveloppe T de retour du test





DÉPISTAGE
DES CANCERS
PARLONS-EN



LE TEST IMMUNOLOGIQUE
OC-Sensor©

OC-Auto Sampling Bottle 3 IVD 2.0 mL
Nom:
Date: / /
LOT 1°C 30°C

Fabriqué par :	*Kit commercialisé par :*	*Test lu par :*
		







LE TEST IMMUNOLOGIQUE OC-Sensor©

LE SEPTUM : permet de contrôler et **calibrer la quantité** de selles introduite dans le volume de tampon.

LA TIGE DE PRÉLÈVEMENT : son extrémité est striée et permet la collecte de l'échantillon de selles.

La partie striée de la tige doit être recouverte de selles.

LE TAMPON : **conserve l'échantillon** jusqu'à la lecture. Des agents stabilisants limitent la protéolyse de la globine.



Délai de péremption = 18 mois
Stockage de 2° à 30°

INSTITUT NATIONAL DU CANCER



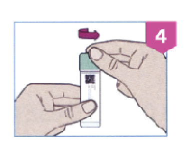


LE TEST DE DÉPISTAGE



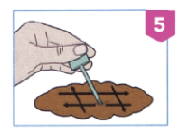
3

Un dispositif de recueil des selles est à disposer sur la lunette des toilettes.



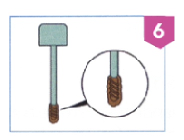
4

La tige qui est à l'intérieur du tube permet de recueillir les selles.



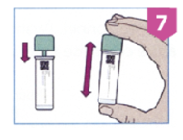
5

Il s'agit de gratter les selles à leur surface à plusieurs reprises de manière à recouvrir la partie striée du bâtonnet.



6

Une fois les selles prélevées, le bâtonnet est introduit dans le tube, qui doit être refermé.

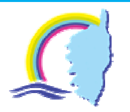


7

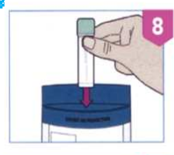
Il doit ensuite être secoué énergiquement.





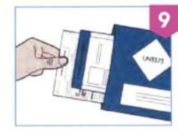


L'ENVOI DU TEST





Une fois refermé, le test est glissé dans l'enveloppe de protection.



9 L'enveloppe de protection, ainsi que la fiche d'identification complétées, sont à insérer dans l'enveloppe T de retour du test.



10 L'enveloppe doit être postée au plus tard 24 heures après la réalisation du test. Envoyer l'enveloppe le plus rapidement possible après sa réalisation.

Les résultats sont adressés sous 24 à 48 heures :

- **au patient,**
- **au médecin traitant,**
- **à l'ARCODECA.**

Et disponibles sur un serveur de résultats





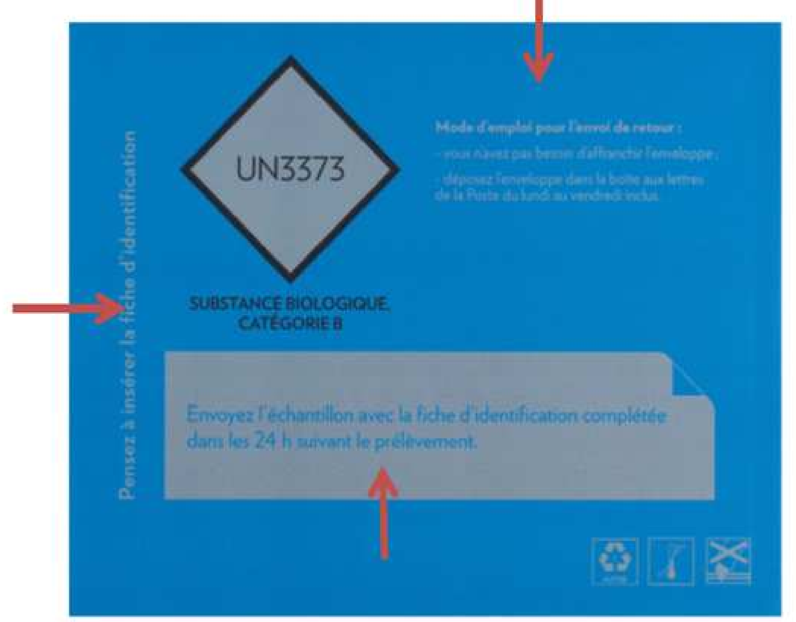




L’ENVELOPPE « T » DE RETOUR

A POSTER LE JOUR DU TEST (OU AU MAXIMUM 24 HEURES APRES)







ET EVITER DE POSTER UN SAMEDI OU LA VEILLE D’UN JOUR FERIÉ







LE MODE D'EMPLOI (vidéo)





LA FICHE D'IDENTIFICATION : UN ÉLÉMENT IMPORTANT +++



PROGRAMME NATIONAL DE DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

FICHE D'IDENTIFICATION

Réservé

MERCI DE COMPLÉTER LES INFORMATIONS EN LETTRES MAJUSCULES

Date de réalisation du test : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
(Cette date doit aussi être reportée sur l'étiquette à coller sur le tube).

N° de téléphone : |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|
(Auquel le laboratoire de biologie médicale pourra vous joindre en cas de besoin).

Collez ici
la grande étiquette figurant sur votre lettre d'invitation.

Si vous n'avez pas cette étiquette, remplissez aussi la partie ci-dessous.

Adresse à remplir :
– si les coordonnées sur l'étiquette ne sont pas correctes,
ou
– si vous n'avez pas la lettre avec les étiquettes.

Adresse :
Code postal :
Ville :

À remplir **uniquement** si vous n'avez pas la lettre avec les 2 étiquettes

Nom de naissance :
Prénom :
Date de naissance : |__|__| |__|__| |__|__|__|__| **Sexe :** ☐ Femme ☐ Homme
N° de Sécurité sociale de l'assuré :
(Numéro de votre carte Vitale également indiqué sur votre attestation papier carte Vitale).
N° de l'organisme de rattachement de la Sécurité sociale :
(Voir votre attestation papier carte Vitale. Vous pouvez également demander ce numéro à votre caisse d'assurance maladie).

Remplissez ensuite cette étiquette puis collez-la sur le côté plat du tube sur les mentions « Nom », « Date » déjà en place.

PARTIE
MEDECIN

Partie réservée à l'identification de votre médecin pour l'envoi des résultats

Merci de remplir les informations en cas d'absence d'étiquette ci-dessous.

Étiquette à coller par le médecin.

Nom :
Prénom :
ou Raison sociale :
Adresse :
Code postal : **Ville :**
N° de téléphone :
N° d'assurance maladie ou d'établissement :
(Pour un médecin exerçant en centre de santé ou en établissement de santé, indiquer le n° FINESS).

Conformément à la loi n° 78-17 du 6.01.78 CNIL, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des informations personnelles vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit en nous contactant par courrier. Le médecin coordonnateur de la structure en charge du dépistage assurera le suivi de votre dossier et des examens réalisés.







LA FICHE D'IDENTIFICATION : UN ÉLÉMENT IMPORTANT +++

LE PATIENT

1- A une lettre d'invitation

Il doit :

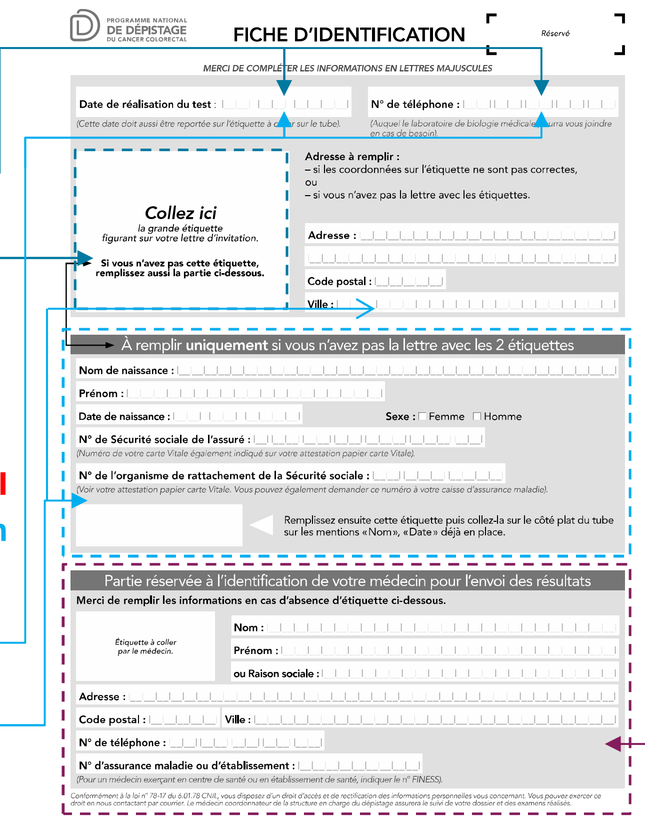
- remplir **« Date de réalisation » et « N° de téléphone »**
- y **coller la grande étiquette** reçue avec l'invitation
- coller **sur le tube la petite étiquette** reçue avec l'invitation et la date de son prélèvement de selles

TOUT LE RESTE EST PRE-REMPLI

2- N'a pas (plus) sa lettre d'invitation

Il doit :

- remplir **« Date de réalisation » et « N° de téléphone »**
- **remplir ces parties**
- **remplir la petite étiquette et la coller sur le tube de prélèvement**



PROGRAMME NATIONAL DE DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

FICHE D'IDENTIFICATION

Réservé

MERCI DE COMPLÉTER LES INFORMATIONS EN LETTRES MAJUSCULES

Date de réalisation du test : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
(Cette date doit aussi être reportée sur l'étiquette à coller sur le tube).

N° de téléphone : |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|
(Auquel le laboratoire de biologie médicale pourra vous joindre en cas de besoin).

Collez ici
la grande étiquette figurant sur votre lettre d'invitation.

Si vous n'avez pas cette étiquette, remplissez aussi la partie ci-dessous.

Adresse à remplir :
– si les coordonnées sur l'étiquette ne sont pas correctes,
ou
– si vous n'avez pas la lettre avec les étiquettes.

Adresse :
Code postal :
Ville :

À remplir **uniquement** si vous n'avez pas la lettre avec les 2 étiquettes

Nom de naissance :
Prénom :
Date de naissance : **Sexe :** ☐ Femme ☐ Homme
N° de Sécurité sociale de l'assuré :
(Numéro de votre carte Vitale également indiqué sur votre attestation papier carte Vitale).
N° de l'organisme de rattachement de la Sécurité sociale :
(Voir votre attestation papier carte Vitale. Vous pouvez également demander ce numéro à votre caisse d'assurance maladie).

Remplissez ensuite cette étiquette puis collez-la sur le côté plat du tube sur les mentions « Nom », « Date » déjà en place.

Partie réservée à l'identification de votre médecin pour l'envoi des résultats

Merci de remplir les informations en cas d'absence d'étiquette ci-dessous.

Étiquette à coller par le médecin.

Nom :
Prénom :
ou Raison sociale :
Adresse :
Code postal : **Ville :**
N° de téléphone :
N° d'assurance maladie ou d'établissement :
(Pour un médecin exerçant en centre de santé ou en établissement de santé, indiquer le n° FINESS).

Conformément à la loi n° 78-17 du 6.01.78 CNIL, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des informations personnelles vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit en nous contactant par courrier. Le médecin coordonnateur de la structure en charge du dépistage assurera le suivi de votre dossier et des examens réalisés.

LE MEDECIN TRAITANT

Si le kit réalisée a été commandé via l'espace pro :

→ fiche est pré remplie

Si commandé auprès de l'ARCODECA :

- **coller l'étiquette remise** par la structure de gestion
- ou **remplir cette partie.**

Programme national de dépistage organisé du cancer colorectal







ANALYSE CENTRALISÉE ET ACCÈS AUX RÉSULTATS

Acheminement vers les laboratoires CERBA= 2 SITES EN ILE DE FRANCE

- **Métropole : 24 heures**
- DOM : 48 heures



Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion, Mayotte



Transmission des résultats au médecin:

- **Par courrier**
- **Par serveur ou messagerie sécurisée**

La personne reçoit son résultat par courrier ou en se connectant à un **serveur de résultats**.

L'ARCODECA est destinataire en double des résultats.



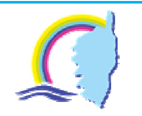




5/ LES CAS PARTICULIERS NE RELEVANT PAS DU DÉPISTAGE PAR TEST IMMUNOLOGIQUE







AGIR FACE AUX SYMPTÔMES

Que ce soit le moment, les personnes présentant une symptomatologie évocatrice de cancer colorectal relèvent d'une coloscopie de diagnostic :

1- présence de sang (rouge ou noir) dans les selles,

2- douleurs abdominales d'apparition récente, persistantes ou inexpliquées (surtout après 50 ans),

3- troubles du transit d'apparition récente : diarrhée ou une constipation inhabituelle, ou une alternance de ces états, coliques violentes, syndrome rectal (faux besoins, ténesme, épreintes),

4- amaigrissement inexpliqué,

5- (anémie ferriprive).

Ces personnes doivent être adressées à un gastro-entérologue, pour une coloscopie





INSTITUT NATIONAL DU CANCER



PATIENTS À RISQUE MOYEN : DANS QUELS CAS NE PAS FAIRE OU DIFFÉRER LE TEST ?

1-Si le <u>résultat d'un test est positif</u>, il est inutile de refaire un test de confirmation +++



→ la personne doit être adressée à un **gastro-entérologue**

2- <u>Report du test</u> :

Coloscopie totale	**5 ans**
Coloscanner seul ou coloscopie incomplète suivie d'un coloscanner	**2 ans** (sous avis médical)
Test de recherche de sang dans les selles	**2 ans**

3- <u>Refus du test :</u> Une personne est en droit de refuser ce dépistage. Elle doit notifier son refus à l'ARCODECA pour être considérée comme <u>définitivement inéligible</u>.

Le médecin transmet l'information du refus à l'ARCODECA.







6/ LES OUTILS À LA DISPOSITION DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE









INFORMATIONS ET OUTILS POUR AGIR : POUR VOTRE PRATIQUE

1- Des fiches d'aide à la pratique

- **« Le médecin traitant acteur du dépistage organisé du cancer colorectal »**
- **« Dépistage par test immunologique et autres modalités »**



2- Un espace d'information (professionnels de santé et grand public) sur ***www.e-cancer.fr*** et sur ***www.arcodeca.fr***

3- Ce diaporama en format **pdf** sur le site Internet de l'ARCODECA ***www.arcodeca.fr***



4- Un module e-fmc réalisé avec *Le Quotidien du médecin* (disponible fin avril)







INFORMATIONS ET OUTILS POUR AGIR : POUR VOS PATIENTS



Pour vos patients :

- un dépliant d’information
- un mode d’emploi vidéo en plus du mode d’emploi contenu dans le kit
- une vidéo pédagogique
- un espace d’information sur www,e-cancer.fr et www,arcodeca.fr



Une campagne d’information nationale dans les médias en mai 2015.





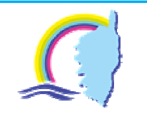




SPOT TV
« UN GESTE SIMPLE PEUT VOUS SAUVER LA VIE » (vidéo)







LE PRIX DU DEPISTAGE

Le dépistage est GRATUIT mais il a UN COÛT :

- Prise en charge du « kit » = 10 € ENVIRON / kit

- Prix global de la campagne = 60 M€ / an
(« kits » + communication)

- et il ne prend pas en compte le prix des visites de dépistage chez le médecin généraliste : remise du test et rendu (explication) des résultats (bientôt reconnu et valorisé comme objectif de santé publique)

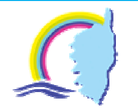
- ni le surcoût de l'augmentation prévisible du nombre des coloscopies (x par 2)

A rapprocher du coût du cancer colorectal :

- **2 100 M€/an en 2010** = cout des biothérapies ciblées
- **470 M€/an en 1999** = surtout dus aux hospitalisations







POUR NOUS RESUMER

1- POUR QUI ?

- 17 millions de personnes âgées de 50 à 74 ans (risque moyen) **sans symptômes** ni antécédent particulier en rapport avec le cancer du côlon ou du rectum
- **Un peu plus de 100 000 personnes en Corse**

2- POURQUOI ?

- **Favoriser la détection précoce de lésions cancéreuses et précancéreuses et permettre ainsi de meilleures chances de guérison ou d'éviter un cancer**
- Le dépistage : **« un geste simple qui peut sauver la vie »**

3- COMMENT ?

- **Un test performant, fiable et simple :** le test immunologique de recherche de sang occulte dans les selles,



4- COMMANDE DES KITS DE DÉPISTAGE : 2 POSSIBILITÉS

- Espace pro d'Ameli.fr : **https://espacepro.ameli.fr**
- ARCODECA **http://www.arcodeca.fr**

5- GARANTIR L'IDENTIFICATION ET L'ENVOI DES RÉSULTATS SUR LA FICHE D'IDENTIFICATION ET SUR LE TUBE DE PRÉLÈVEMENT

- Vérifier l'identification du patient,
- Vérifier la présence de votre identification sur la fiche ou compléter avec vos coordonnées,









LE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL EN « CORSE »

Colon :	***Stintinu (stintinu grossu / stintinu minutu)*** ***Manfiu (mais œsophage dans certaines régions)***
Rectum :	***Rettu***
Cancer :	***Cancheru, Cancaru***
Dépister :	***Pistighjà (dans le sens « pister »)*** ***Vistighjà (dans le sens « investiguer »)***
Dépistage :	***Pistigaghju Pistigaghiu*** ***Vistigaghiu Vistigaghiu***
Nouveau test :	***Modu novu di ricerca***
Plus simple à utiliser :	***Piu commodu , piu praticu a impiegà***
Plus sensible :	***Più ghiustu, piu ghjustu, pui sicuru***
Selles :	***M...a (en 5 lettres, sans commentaires !!!)*** ***Caccatu*** ***Puveretta ou poveretta*** ***Catucchiu ou catuchju***
Chercher du sang dans les selles :	***Circà tracce di sangue ind'a puveretta***







LE ROLE CENTRAL DU MEDECIN TRAITANT

1- **Informe , sensibilise et motive** les femmes et les hommes de la population cible

2- **Adresse au gastro-entérologue** :
- les sujets à risque élevé ou très élevé ,
- ou ayant des symptômes « recto-coliques »

3- **Remet le test aux autres**

4- Signale à l'ARCODECA les « **exclus** » et les « **refus** »

5- **Prescrit la coloscopie si le test est positif**





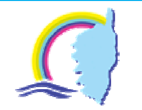


RÉFÉRENCES

- Binder-Foucard F. et al. *Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie 1 – Tumeurs solides.* Francim, INCa, InVS, Inserm, Hospices Civils de Lyon, 2013. (Diapos 5, 6, 7)
- Surveillance, Epidemiology and End Results Program (SEER 2014) http://seer.cancer.gov/statfacts/html/colorect.html. (Diapo 8)
- Wilson J., Jungner G. *Principles and Practice of Screening for Disease.* World Health Organization, 1968. (Diapo 12)
- *Guide méthodologique : comment évaluer a priori un programme de dépistage ?* Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, Paris 1995. (Diapo 12)
- Faivre J., et al. « Reduction in colorectal cancer mortality by fecal occult blood screening in a French controlled study ». *Gastroenterology.* 2004;126:1674-80. (Diapo 15)
- European Commission. *European Guidelines for Quality Assurance in Colorectal Cancer Screening and Diagnosis.* First Edition. Segnan N., Patnick J., von Karsa L. (eds), 2010. Luxembourg: Publications Office of the European Union. http://bookshop.europa.eu/is-bin/INTERSHOP.enfinity/WFS/EU-Bookshop-Site/en_GB/-/EUR/ViewPublication-Start?PublicationKey=ND3210390. (Diapo 15)
- Ventura L., et al. « The impact of immunochemical faecal occult blood testing on colorectal cancer incidence ». *Digestive Liver Disease*. 2014 46:82-6. (Diapo 15)
- *Évaluation épidémiologique du programme de dépistage organisé du cancer colorectal en France – Résultats 2009-2010.* Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, 2013. (Diapos 16, 17)
- http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-colorectal/Indicateurs-d-evaluation/Evaluation-du-programme-sur-la-periode-2010-2011 (Diapos 16, 17)

INSTITUT NATIONAL DU CANCER





RÉFÉRENCES

- http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-colorectal/Indicateurs-d-evaluation/Taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-colorectal-2013-2014 (Diapos 16, 17)
- Brenner H., Tao S. « Superior diagnostic performance of faecal immunochemical tests for haemoglobin in a head-to-head comparison with guaiac based faecal occult blood test among 2235 participants of screening colonoscopy ». *European Journal of Cancer.* 2013 Sep;49(14):3049-54. (Diapo 17)
- de Wijkerslooth T.R. et al. « Immunochemical fecal occult blood testing is equally sensitive for proximal and distal advanced neoplasia ». *American Journal of Gastroenterology.* 2012 Out ;107(10) : 1570-8. (Diapo 17)
- Hernandez V. et al. « Fecal immunochemical test accuracy in average-risk colorectal cancer screening ». *World Journal of Gastroenteroloy.* 2014 Jan; 20(4): 1038-47. (Diapo 17)
- Lee J. et al. « Accuracy of fecal immunochemical tests for colorectal cancer: systematic review and meta-analysis ». *Annals of Internal Medecine.* 2014 Feb;160(3):171. (Diapo 17)
- Park D. et al. « Comparison of guaiac-based and quantitative immunochemical fecal occult blood testing in a population at average risk undergoing colorectal cancer screening ». *American Journal of Gastroenterology.* 2010 Sept;105(9):2017-25. (Diapo 17)
- Grazzini G. et al. « Immunochemical faecal occult blood test: number of samples and positivity cut-off. What is the best strategy for colorectal cancer screening? ». *British Journal of Cancer.* 2009 Jan 27 ;100(2): 259-265. (Diapo 17)





RÉFÉRENCES

- Hol L. et al. « Screening for colorectal cancer: random comparison of guaiac and immunochemical faecal occult blood testing at different cut-off levels ». *British Journal of Cancer.* 2009 April 7 ;100(7): 1103-1110. (Diapo 17)
- van Rossum L.G. et al. « Random comparison of guaiac and immunochemical fecal occult blood tests for colorectal cancer in a screening population ». *Gastroenterology.* 2008 July. 135(1):82-90. (Diapo 18)
- Hol L. et al. « Screening for colorectal cancer: randomised trial comparing guaiac-based and immunochemical faecal occult blood testing and flexible sigmoidoscopy ». *Gut.* 2010 Jan;59(1):62-8. (Diapo 18)
- Étude sur la pratique des coloscopies en France. Assurance maladie – 6 décembre 2012. http://www.ameli.fr/espace-presse/communiques-et-dossiers-de-presse/les-derniers-communiques-de-la-caisse-nationale/detail-d-un-communique/2193.php. (Diapo 19)
- Denis B., et al. « Participation in four rounds of a French colorectal cancer screening programme with guaiac faecal occult blood test: a population-based open cohort study ». Journal of Medical Screening. 2015. (Diapo 19)
- *Les Français face au dépistage des cancers.* Boulogne-Billancourt : INCa. 2009. http://www.ecancer.fr/component/docman/doc_download/9399-les-francais-face-au-depistage. (Diapo 24)
- Bismuth M. *La consultation de délivrance du test Hémoccult dans le cadre du dépistage organisé: étude qualitative* Thèse d'exercice, Université Paris Diderot – Paris 7. UFR de médecine, 2011. (Diapo 24)
- Aubin-Auger I. *Improving Colorectal Cancer Screening in General Practice from Obstacles to Brief Intervention* (dissertation for the degree of doctor in medical sciences). University of Antwerp; 2014. (Diapo 24)

INSTITUT NATIONAL DU CANCER



NE RATONS PAS LE VIRAGE DU NOUVEAU TEST DE DEPISTAGE !!!





MERCI DE VOTRE ATTENTION

www.arcodeca.fr



Bastia

25 Ter Rue Luce de Casabianca
20200 BASTIA

Tel : 04 95 34 56 78
Fax : 04 95 34 17 76

Ajaccio

7 Rue des Halles
20000 AJACCIO

Tel : 04 95 73 10 03
Fax : 04 95 73 03 39

